

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean LUPU

Né le 13 juin 1905, à Bucarest (Roumanie).

Contribution à l'étude des
Hernies ventrales latérales spontanées,
dites de la ligne semi-lunaire de Spigel

Président : M. A. GOSSET, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

—
1937

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean LUPU

Né le 13 juin 1905, à Bucarest (Roumanie).

Contribution à l'étude des
Hernies ventrales latérales spontanées,
dites de la ligne semi-lunaire de Spigel

Président : M. A. GOSSET, Professeur.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1937

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ LOEPER.
	{ CARNOT.
	{ CLERC.
	{ Marcel LABBE.
	{ LEREBoullet.
	{ NOBécourt.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	{ GOSSET.
	{ GRÉGOIRE.
	{ LENORMANT.
	{ TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	MARION.
Clinique urologique	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ JEANNIN.
	{ MOCQUOT.
	{ OMBREDANNE.
Clinique gynécologique	RATHERY.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale	Pierre DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BEZANÇON.
Clinique propédeutique	MATHIEU.
Clinique de la Tuberculose	LAUBRY.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	HOVELACQUE.
Clinique cardiologie	{ MULON.
	{ OLIVIER.
	{ VERNE.
Professeurs sans chaire	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	FUNK Pathologie chirurgicale.
BARIETY Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BEZANÇON (Justin) Hydrologie.	GAYET Physiologie.
BOULIN Pathologie médicale.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU.... Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN Anatomie pathologique.
FEY Urologie.	JOANNON Hygiène.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.

MM.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
 AGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 PHILIBERT ... Bactériologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 PHILIBERT, agrégé Microbiologie.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine.
Membre de l'Académie des Sciences.
Chirurgien de l'Hospice de la Salpêtrière.
Grand-Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le grand honneur de
la présider, hommage de profonde re-
connaissance et de respectueuse ad-
miration.*

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX ET DE LA FACULTÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ SAUVAGE,

Ancien Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse, hommage reconnaissant pour
la grande part qui lui revient dans
notre formation.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN PETETIN

Officier de la Légion d'Honneur.

Assistant d'Urologie

à la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.

Auprès de qui j'ai étudié l'Urologie.

AFFECTUEUSEMENT A MA MÈRE

A MON PÈRE

In mémoriam.

A FANNY

Hommage de respectueuse reconnaissance.

AUX MIENS

A MES AMIS

INTRODUCTION

La hernie ventrale latérale dite de la ligne de Spiegel est une affection assez rare.

Une centaine d'observations ont été publiées jusqu'à ce jour.

Nous apportons ici une nouvelle observation dont l'intérêt tient tout entier dans les réactions de l'intestin, à l'intérieur du sac herniaire, ayant déterminé des crises répétées de subocclusion.

Les recherches que nous avons été amenés à entreprendre, nous ont permis de constater que de nombreux travaux ont été consacrés à ce sujet.

Classées jadis sous le nom de hernies ventrales ou laparocèles, elles doivent en tant que hernies vraies et spontanées, être distinguées des hernies d'origine traumatique survenues au niveau d'une ancienne plaie opératoire ou accidentelle.

Elles se distinguent de ces dernières par l'existence, dans la majorité des cas, d'un sac péritonéal.

Pour les différencier des hernies épigastriques, bon nombre d'auteurs préfèrent le terme de hernie de Spiegel, qui indique clairement le siège de la lésion, au terme vague de hernie ventrale (A. COOPER, MOLLÈRE, THÉVENOT et GABOURG, STUHMER, STEINKER, AUGÉ et SIMON).

Cependant, TERRIER et LECÈNE démontrent que le

nom de « ligne semi-lunaire de Spigel », consacre une double erreur :

l'une, de l'anatomiste néerlandais qui paraît admettre que tous les muscles larges de l'abdomen, deviennent tendineux sur une ligne de démarcation identique, l'autre, de ses successeurs qui réservent le nom de Spigel ou même de repli semi-lunaire, à la ligne d'insertion de l'aponévrose du transverse.

Aussi, TERRIER et LECÈNE proposent-ils le terme de hernie ventrale latérale. Nous pourrions ajouter avec THEVENOT et GABOURG, ANGELETTI, l'épithète de spontanée.

Les auteurs réservent le terme de laparocèle à des hernies ventrales latérales par arrêt de développement ou absence congénitale des muscles de la paroi ou leur atrophie.

Cette classification a été adoptée par PAYEL dans le traité de DELBET et SCHWARTZ.

HISTORIQUE

Les hernies ventrales latérales spontanées n'ont été décrites nettement, comme entité morbide, qu'au XVIII^e siècle.

HIPPOCRATE, AVICENNE et GALLIEN en parlent.

En 1731, dans son traité des opérations de chirurgie, LE DRAN les sépare des autres hernies abdominales et les décrit : « Nous les voyons principalement chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants. Quelques-unes ont au ventre à droite ou à gauche, de ces tumeurs molles qui ne sont remplies que de l'intestin ou de l'épiploon, tumeurs qui font la voûte et qui disparaissent quand on y appuie ». (Citation de LE DRAN, d'après AUGÉ et SIMON, revue de chirurgie de 1921).

DYONÈS, J.-L. PETIT, GONANGEOT, HEISTLE (1738) en signalent.

Le premier travail avec des observations caractéristiques est donné par LA CHAUSSE (1796). Mais ni lui, ni plus tard, KLEINKOSCH, ASTLEY COOPER (1807), UHDE (1869), SCHEDEL (1877), Daniel MOLLIÈRE (1877), MAKPOCKI (1879), FERRAND (1881), en sa thèse de Paris, ne distinguent les hernies vraies des éventrations.

Il faut arriver au XX^e siècle pour trouver des travaux où les hernies de la ligne de Spigel sont séparées des éventrations traumatiques.

Nous devons donner comme fondamentaux, les mémoires de THÉVENOT et GABOURG (1907), de STÜHMER (1910), de VON STEINKER (1913).

Auparavant, TERRIER publia un cas à la société de chirurgie (1879). FLOTHMANN, au congrès des médecins allemands (1889) et PITSCHKÉ en 1892.

Plus récemment, doivent être cités les travaux de MM. AUGÉ et SIMON (revue de chirurgie, 1921), d'ANGELETTI (arch. ital. di chir., 1926), de MEYER (Zentralblatte J. Chir., 1926), de MASSABUAU, A. GUIBAL et CABANAC (Arch. de la Sté des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier, mai 1933), de LOBEELLO (La Riforma Med., N° 14, 7 avril 1934).

ANATOMIE DE LA REGION

La paroi antéro-latérale de l'abdomen est formée par les muscles grand droit, petit oblique, grand oblique et transverse. Ces muscles sont doublés d'une part, par le fascia transversalis qui tapisse la face interne de la paroi, d'autre part, par des aponévroses. Celles-ci constituent des vastes lames tendineuses qui continuent en avant les muscles obliques et transverse.

L'aponévrose du transverse en particulier forme une courbe à concavité interne dont la grande courbure se trouve sur le plan de l'ombilic. Elle va de l'appendice xyphoïde au tiers interne de l'arcade crurale, passant en partie en arrière du grand droit, en partie en avant, suivant qu'on l'examine au-dessus ou en-dessous de l'arcade de Douglas.

Cette insertion de l'aponévrose du transverse forme ce que l'on appelle la ligne semi-lunaire de Spigel. Souvent, elle dessine un double feston ou un demi-losange à bord curviligne.

Plus superficiellement, que ce premier plan fibreux, on trouve l'aponévrose du petit oblique, dont l'insertion se fait en dehors, et enfin, directement sous la peau et les tissus cutanés, l'aponévrose du grand oblique, non pas en contact immédiat, mais séparée par des nappes celluluses assez minces et peu serrées.

Dans le tissu cellulaire qui sépare les aponévroses, cheminent les vaisseaux et des nerfs qui ont traversé l'aponévrose du transverse et dont la présence peut dans certains cas avoir un intérêt pathogénique.

De cette description, il faut retenir l'existence d'une zone de faiblesse entre le bord externe du grand droit et le corps charnu des muscles larges. C'est dans cette zone que viennent émerger les hernies ventrales latérales.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le siège des hernies ventrales latérales est d'après THÉVENOT et GABOERG, sur la ligne semi-lunaire de Spigel, au point d'union du tiers interne aux tiers externes d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. Ces auteurs ont montré qu'il existe en ce point une branche inconstante de l'artère épigastrique qui perfore le fascia transversalis.

Mais comme STÜHMER l'a montré, et d'après les plus récents travaux et les observations que nous avons étudiées en vue d'entreprendre ce travail, on ne saurait être si exclusif, car si la majorité des hernies se retrouve en ce point, on peut en trouver sur toute la hauteur de la ligne de Spigel.

Leur volume varie avec l'ancienneté de la lésion, de la grosseur d'une noix à celle d'un gros melon.

Si parfois elles sont à peine visibles (obs. AUGÉ et SIMON), on peut en trouver d'autrement volumineuses, comme dans l'observation de PITTSCHKÉ où la hernie descendait jusqu'aux genoux.

Enveloppes. D'après certaines observations, on peut trouver immédiatement sous le tissu cellulaire sous-cutané de la peau, le péritoine, la hernie ayant traversé les 3 couches musculaires. D'après d'autres observations, elle peut être recouverte par le grand oblique comme dans le cas que nous rapportons.

L'orifice herniaire, est induré, sclérosé lorsque la lésion est ancienne, souvent plus épais du côté interne vers la gaine des droits, ses dimensions sont variables, pouvant aller d'une pièce de cinquante centimes à celle de cinq francs et même davantage lorsqu'il résulte d'une atrophie musculaire post-traumatique ou infectieuse, ou d'une absence congénitale des muscles. Mais alors, on a affaire à un laparocèle, question que nous n'envisageons pas ici.

D'après PATEL, les hernies latérales spontanées ont dans la majorité des cas, un orifice étroit.

Comme nous l'avons vu en étudiant l'anatomie de la région, souvent on trouve longeant l'anneau et contournant son bord supérieur, un vaisseau, branche le plus souvent de l'épigastrique qui, venant du tissu cellulaire sous-péritonéal va se rendre en dehors dans l'épaisseur des muscles et de la paroi. THÉVENOT et GABOURG, dans leur rapport, le signale et lui attribue un rôle pathogénique.

La hernie faisant saillie directement sous la peau, l'orifice peut intéresser tous les étages de la paroi.

La masse herniaire peut d'après PATEL, se présenter selon deux types : l'un ressemblant aux hernies épigastriques, petites et douloureuses, l'autre volumineux et souvent indolent.

Le sac péritonéal est entouré d'enveloppes fibreuses provenant des diverses couches pariétales traversées. Mais il est aisé de le dégager par un clivage méthodique à la compresse.

Nous insistons sur la présence de ce sac péritonéal

qui différencie les hernies spontanées des éventrations cicatricielles.

Le contenu de ces hernies peut être constitué simplement par un lipôme sous-péritonéal, mais généralement on trouve des hernies bien constituées avec sac contenant soit de l'épiploon seul, soit de l'épiploon et du grêle, soit encore le cœcum ou la vessie, rarement comme dans les observations de PETIT, l'estomac, de MEYER, la trompe, de GIORDANO, le testicule, de MASSABUAU, GUIBAL et CABANAC, le diverticule de MECKEL, BÉCHET a trouvé un sac inhabité.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Causes déterminantes.

Une citation de BOYER (1822), éclairera singulièrement l'étiologie de ces hernies :

« De toutes les causes capables de pousser hors du ventre, les viscères qu'il renferme, la contraction simultanée du diaphragme et des muscles abdominaux est la plus ordinaire et la plus efficace.

Cette contraction a lieu dans le vomissement et l'accouchement, dans les efforts violents pour déplacer des charges, porter des fardeaux lourds, expulser des urines retenues par un obstacle quelconque et les matières fécales accumulées et endurcies par la constipation. Ces causes, quoique propres à produire des hernies ne les occasionnent qu'autant qu'elles y concourent avec des causes prédisposantes. »

Nous dirons donc avec BOYER et la majorité des auteurs, que la cause déterminante de ces hernies, comme de toutes les autres, est la surpression intra-abdominale à l'occasion d'un effort.

Causes prédisposantes.

Dans la plupart des observations que nous avons parcourues, il s'agissait d'hommes âgés, ou de femmes

multipares à paroi abdominale considérablement affaiblie par les grossesses successives. Il est aisé de concevoir que l'augmentation de la pression intra-abdominale encourage les viscères à s'insinuer entre les plus petites interstices de la paroi. Le problème est de savoir la cause de leur existence et pourquoi ces interstices siègent au niveau de la ligne de Spigel.

AUGÉ et SIMON donnent les explications suivantes :

« Les fibres musculaires transmettent leurs efforts de distention suivant des axes variables à l'aponévrose, et l'élasticité faible de celle-ci contrastant avec celle des muscles, expliquent qu'à la naissance des fibres tendineuses, des déchirures minimales puissent se produire. Ces déchirures restent béantes et s'offrent à la pénétration de la graisse péritonéale qui entraîne à sa suite le péritoine et constituent ainsi une ébauche de sac où épiploon et viscères se hernient. Enfin, la prédominance des hernies au bas-ventre pourrait s'expliquer parce que là s'exerce au plus haut degré la pression abdominale ».

Cette théorie est valable pour les hernies récentes des adultes, mais dans les hernies des jeunes ou dans les hernies des vieillards longtemps tolérées, il semble bien qu'il faille revenir à la théorie de A. COOPER et admettre avec THÉVENOT et GABOURG, des orifices préformés traversant de part en part la paroi abdominale avec le vaisseau anormal branche de l'épigastrique qui traverse le fascia transversalis un peu en dessous de l'arcade de Douglas en dehors du grand oblique.

La présence de ce vaisseau a été constaté effectivement dans certaines observations.

Pour les hernies latérales spontanées qui se produisent en d'autres points de la ligne de Spigel, et qui ne peuvent être expliquées ni par la théorie d'AUGÉ, ni par la théorie de COOPER, l'observation de STEINKER fournit sur leur origine l'explication la plus plausible :

Dans le cas cité par cet auteur, si le grand oblique était bien développé, le petit oblique ne l'était que jusqu'au niveau de la hernie où ses fibres faisaient défaut, le transverse étant réduit à un tout petit faisceau musculaire. Ce cas n'est pas unique parce que LE DOUBLE, dans son ouvrage sur les anomalies musculaires signale la possibilité de la fusion du petit oblique et du transverse ainsi que l'absence du faisceau inférieur du transverse.

En somme, nous pouvons affirmer que les hernies de la ligne de Spigel, si elles reconnaissent pour cause déterminante la pression intra-abdominale agissant sur une paroi distendue en mauvais état, comme nous l'avons indiqué en citant BOYER au début de ce chapitre, elles ont pour cause prédisposante une malformation congénitale, anomalie vasculaire ou musculaire, cette lésion primordiale ouvrant le ciel à une hernie qui se développera grâce aux phénomènes indiqués plus haut.

ETUDE CLINIQUE

(Symptomatologie).

1° Les petites hernies analogues aux hernies épigastriques se traduisent comme elles par des douleurs vives, de la gastralgie, de la dyspepsie parfois marquée, par une tuméfaction plus ou moins nette située en dehors des droits de l'abdomen, tuméfaction difficilement perceptible chez les obèses.

Parfois ces hernies sont réductibles par un taxis profond et on peut apercevoir après la réduction un étroit orifice à bord dur.

2° Les hernies volumineuses sont parfois réductibles, le plus souvent, les adhérences contractées avec les tissus environnants pendant leur évolution, rendent cette réduction impossible.

Une fois étranglées, ces hernies présentent en général le tableau caractéristique de l'occlusion intestinale (Obs. MASSABUAU, GUIBAL et CABANAC, obs. Prof. LÉJARS).

Diagnostic.

Ces hernies ne sont pas, la plupart du temps, difficiles à diagnostiquer pourvu qu'on y pense.

En présence des troubles douloureux de l'abdomen, l'examen attentif révélera l'existence d'une tumeur.

On essaiera la réduction : si elle est possible, aucun doute ne peut persister ; dans le cas contraire, le fait de son augmentation par la toux, l'effort, indiquera sa nature.

Cependant, chez les malades obèses qui s'expliquent mal, la présence d'une tuméfaction noyée dans la graisse pariétale empêche toute perception d'un pédicule et comme l'indique PATEL, on peut la confondre avec un fibrome de la paroi, avec un foyer de péritonite tuberculeuse localisée en arrière des droits.

Il faudra penser à une hernie de la ligne de Spiegel toutes les fois que la tuméfaction se trouve située au siège habituel de ces hernies.

En présence des accidents d'étranglement, comme le professeur LÉJARS conseillait, dans son traité de chirurgie d'urgence :

« Il faudra explorer soigneusement tous les orifices herniaires et non seulement ceux des hernies communes mais les régions herniaires anormales en particulier la paroi du ventre le long et en dehors du bord externe du droit.

Parfois, un peu d'empâtement, une douleur locale, représenteront les seuls indices appréciables : rapprochés de l'ensemble des phénomènes, ils devront fixer toute l'attention et « ce signal local » méritera toujours qu'on l'analyse de près ».

Dans les cas de ce genre lorsque les impressions données par l'examen sont très vagues, la laparotomie médiane restera la dernière ressource de diagnostic à la condition que l'incision soit assez longue pour permettre l'accès au pédicule de la hernie.

Les complications.

Sont celles de toutes les hernies :

Irréductibilité.

Engouement.

Etranglement.

L'étranglement est une complication assez fréquente et cette fréquence est due probablement au fait que les malades ignorent les dangers de leur affection, et que ces hernies évoluant silencieusement, ils ne se présentent chez le médecin qu'au moment de l'étranglement.

TRAITEMENT

Le traitement de ces hernies ventrales latérales ne présente au point de vue technique rien de bien particulier. Toutes les règles du traitement habituel des hernies en général doivent être observées :

L'anesthésie locale est préférable chaque fois que l'obésité fréquemment observée chez ces malades ne l'interdit pas.

L'incision doit être aussi directe que possible sur la tumeur, soit longitudinale au bord externe du droit, soit oblique en bas et en dedans.

La libération de la masse herniaire est presque toujours facile, qu'elle soit immédiatement sous-cutanée ayant traversé le grand oblique, ou qu'elle nécessite l'incision préalable de l'aponévrose de ce muscle.

Le pédicule s'enfonçant directement dans l'abdomen est toujours visible et l'incision sus et sous-jacente de l'orifice herniaire permet généralement facilement la vérification du contenu.

La règle de suturer la brèche par des fils non résorbables est aussi absolue dans cette variété de hernies que dans les autres et il est toujours préférable, si cela est possible, de refermer la paroi plan par plan, et non par des fils de bronze totaux comme nous l'avons vu rapporter dans quelques observations.

On peut cependant se heurter, au cours de l'intervention, à deux ordres de difficultés :

- Les unes sont liées à l'état des organes herniés.
- Les autres à l'importance de la brèche pariétale.

Dans les hernies anciennes il est de règle de rencontrer des adhérences parfois très serrées entre l'épiploon et les anses grêles d'une part et entre les anses grêles d'autre part.

Dans l'observation que nous rapportons, nous nous sommes heurtés à un tel magma adhérenciel que la moindre tentative de libération aurait déterminé des déchirures intestinales. Si les adhérences ne peuvent être immédiatement et facilement supprimées il faut donc parfois se résoudre à pratiquer, dans les cas de cet ordre, une résection intestinale à laquelle aboutirait fatalement des essais infructueux de libération.

La présence du diverticule de Meckel quelquefois signalée impose évidemment sa résection avec suture et enfouissement de la brèche. Enfin, il est le plus souvent utile de réséquer le segment de l'épiploon enfoui dans le sac.

Ces difficultés cependant sont loin d'être la règle et nombreux sont les cas où le contenu herniaire peut être facilement réduit. M. BÉCHER, dans une de ses observations, a même trouvé un sac déshabité.

La deuxième difficulté peut tenir à l'importance de l'orifice herniaire. AUGÉ et SIMON rapportent un cas où l'orifice triangulaire à grand axe transversal n'a pu être fermé en dedans sans l'artifice d'une au-

toplastie pratiquée aux dépens de la gaine du grand droit.

Si on avait le souci de ménager une paroi abdominale dont la résistance est déjà précaire, on pourrait utiliser pour fermer la brèche comme cela a été pratiqué dans certaines parties inguinales récidivées, une greffe libre prélevée au dépens du fascia lata. Mais il faut dire encore qu'en dehors des cas de laparocèle les larges orifices impossibles à fermer se rencontrent exceptionnellement.

Toute autre est la question du traitement des hernies étranglées. L'obésité fréquente des malades en rend le diagnostic souvent malaisé et c'est sur celui d'occlusion du grêle que beaucoup sont intervenus à l'aveugle par une laparotomie médiane.

Cette voie d'abord peut permettre évidemment l'accès du pédicule herniaire. Elle ne permet que malaisément la réduction. La traction sur une anse intestinale malade est aveugle et dangereuse pour peu qu'il existe des adhérences intra-sacculaires, de sorte qu'il paraît logique lorsqu'on découvre une de ces hernies ventrales latérales étranglées à la laparotomie médiane, de recourir à une incision supplémentaire donnant accès immédiat sur la hernie.

C'est en effet cette incision directe qu'il faudra aborder la hernie chaque fois que le diagnostic aura été fait par la constatation de la tumeur dure et douloureuse au bord externe du grand droit.

Dans la règle, on trouve rarement dans les étranglements aigus des adhérences serrées entre plusieurs anses intestinales, mettant dans l'obligation de pra-

tiquer une résection qui ne pourrait dans ce cas être suivie que de la mise à la peau des deux bouts intestinaux, ressource déplorable dans l'ignorance où l'on reste du siège où se pratique cet anus total du grêle.

Presque toujours, on a trouvé dans le sac une anse intestinale unique rentrant facilement avec quelquefois des adhérences lâches entre l'épiploon et le sac faciles à disséquer.

Le fait d'opérer une de ces hernies en période d'étranglement n'implique pas, comme l'a fait FOURNIER, qu'il faille pour aller vite négliger de fermer l'orifice herniaire, ce temps de fermeture devrait être dans la mesure du possible aussi soigné que dans la cure radicale d'une hernie à froid.

Il n'existe pas à vrai dire de contre-indication opératoire locale, toute hernie ventrale latérale doit être opérée, aucune n'est indolente, aucune n'évolue longtemps sans s'accompagner de réaction inflammatoire endo-sacculaire, entraînant peu à peu l'irréductibilité. Aucune enfin, n'échappe au risque majeur de l'étranglement aigu.

Les seules contre-indications sont d'ordre général et chez les obèses qui en sont porteurs, on saura rechercher avec soin les signes de déficience cardio-rénale, le diabète, les affections pulmonaires chroniques sur le compte desquelles doivent être mise la plupart des complications post-opératoires.

Sans être aussi grave en effet que le pronostic des grosses hernies ombilicales des obèses, celui des hernies ventrales latérales quand elles sont volumi-

neuses, est loin d'être absolument favorable comme en témoigne les décès post-opératoires de LÉJARS, MASSABUAU, etc...

L'utilisation de sérum salé hypertonique, la lutte contre les complications pulmonaires par les médications créosotées, peut cependant dans les cas graves d'étranglement, améliorer les résultats des interventions.

ETUDE D'UNE OBSERVATION PERSONNELLE

(OBSERVATION inédite due à l'obligeance du Docteur SAUVAGE).

Madame Marie C..., 66 ans, entre à l'hôpital pour des douleurs siégeant dans le côté gauche du ventre durant depuis 48 heures et accompagnées de vomissements. Une pareille crise s'était déjà produite un mois auparavant et avait cédé spontanément. Depuis plus de dix ans, la malade accusait des troubles douloureux moins marqués mais analogues à ceux des deux dernières crises, avec des périodes de constipation opiniâtre.

Elle avait remarqué également, disait-elle, une grosseur qui apparaissait et disparaissait au-dessus du pli inguinal du côté gauche.

Malgré son état général qui, depuis plusieurs mois, périlclitait, un degré considérable d'obésité l'empêchait depuis quelque temps de retrouver la tuméfaction.

A l'examen cependant on note tout de suite l'existence au bord externe du grand droit, à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, une tumeur du volume d'une orange, de consistance dure et facile à isoler.

Cette tumeur légèrement douloureuse à la palpa-

tion, était totalement irréductible. Un lavement barrité ne montrait aucun arrêt sur le trajet du colon mais une déformation du colon sigmoïde qui, si la tumeur n'avait pas été si superficielle, aurait fait penser à la possibilité d'un néoplasme sigmoïdien.

Après les examens habituels, l'intervention est pratiquée le 10 mars 1932, sous rachis anesthésie.

On fait une incision oblique dans la fosse iliaque gauche s'arrêtant en dedans au bord externe du grand droit, on incise l'aponévrose du grand oblique sous une épaisse couche graisseuse et l'on tombe aussitôt sur une masse qui paraît être englobée dans un sac péritonéal. On en dégage la périphérie et l'on constate que la masse se poursuit dans l'abdomen par un pédicule du calibre de l'index qui passe visiblement à travers l'aponévrose du petit oblique et du transverse.

On incise le sac péritonéal et l'on trouve à l'intérieur un véritable « magma » épiploo-intestinal.

Les anses sont rouge violacé mais en aucun point n'existe des taches de sphacèle. On agrandit l'orifice qui de toute évidence est un orifice herniaire, on attire au dehors les anses agglutinées et l'épiploon, mais on s'aperçoit vite que toute tentative de libération serait périlleuse, et après résection épiploïque on pratique en aval et en amont une section intestinale, et on termine par une anastomose termino-terminale bout à bout, selon la technique de ROBINEAU.

La section se trouve à environ soixante centimètres de la terminaison du grêle. Fermeture à la soie, de

la brèche pariétale et par suite de l'orifice herniaire.

Les suites opératoires ont été des plus simples, la malade sort de l'hôpital le vingt-deuxième jour. Elle est actuellement depuis quatre ans, en parfaite santé, Il s'agissait donc d'une hernie ayant passé à travers un orifice du fascia transversalis et de l'aponévrose du petit oblique, recouverte par l'aponévrose du grand oblique et les téguments.

C'est bien ce qui a été décrit sous le nom de hernie ventrale latérale.

Seuls sont remarquables :

1° le siège, puisque la plupart de ces hernies sont au-dessus d'une horizontale passant par l'ombilic et que celle-ci était en-dessous.

2° l'évolution, puisque nous avons bien opéré une hernie ventrale latérale étranglée, ce qui n'est pas exceptionnel, mais étranglée sans doute par suite de l'irréductibilité d'une masse formée par l'épiploon et les anses intestinales si intimement soudées les unes aux autres que devant les risques d'une libération, seule la résection d'un segment naturellement étendu du grêle, a paru possible pour établir la continuité intestinale.

Cas d'hernies ventrales latérales spontanées.

OBSERVATION AUGÉ ET SIMON.

(Revue de Chirurgie 1921).

Ber..., 25 ans, caporal mitrailleur au 170^e régiment d'infanterie, se présente à la visite en Novembre 1920 pour des troubles névralgiques diffus du côté gauche de la paroi abdominale.

Il raconte que depuis quelques mois, il souffre par intermittence de douleurs vagues du côté gauche de la paroi abdominale, douleurs qu'il localise sur un espace d'une hauteur de quatre travers de doigt, s'étendant depuis l'ombilic jusqu'à la colonne vertébrale. Ces douleurs s'exagéraient à l'occasion de tous les efforts qui d'ailleurs ne peuvent être longtemps soutenus, et disparaissent au repos.

A l'examen on constate directement au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, à la hauteur de l'ombilic, en dehors de la saillie du grand droit, l'existence d'une tuméfaction ovale, à grand axe vertical, un peu moins étendue que la paume de la main.

Cette tuméfaction mate à la percussion se montre à la palpation indolore et formée par une masse de volume d'un œuf de poule située profondément dans l'épaisseur de la paroi. Partiellement réductible sans qu'il soit cependant possible de percevoir nettement un anneau.

Elle augmente par la toux, les efforts, elle s'efface progressivement par le décubitus pour reparaitre dès que le sujet se lève.

C'est pour cette tuméfaction que B... entre le 30 novembre 1920 à l'hôpital militaire de Strasbourg, où nous portons le diagnostic d'hernie semi-lunaire de Spiegel gauche.

Le malade est mis en observation et opéré le 28 décembre.

Incision cutanée verticale suivant le grand axe de la tuméfaction.

On tombe sur le grand oblique que l'on dissocie et on arrive sur un lipôme de la grosseur d'un œuf de pigeon qui s'étale à la surface du petit oblique dont les fibres enserrent sa base en haut, en bas et en dehors.

Il existe dans la paroi une large faille à bords nets, vaguement triangulaire, à sommet externe et dont la base n'est séparée que de quelques millimètres de la gaine des droits, très développés chez notre sujet.

Au sommet du lipôme se voit une artère très sinueuse qui disparaît vite dans son intérieur et qui venant de la région inféro-interne paraît être branche de l'épigastrique, après ligature et section de ce vaisseau et des veines qui l'accompagnent, on dissocie le lipôme et on le dissèque. Il n'y a pas de sac herniaire. Le péritoine pariétal tapissant la partie profonde du lipôme se continue normalement avec les parties voisines sous le fascia transversalis.

Comme paroi, au-dessous du petit oblique, nous ne trouvons que le fascia transversalis et pas trace de transverse, du moins à la partie inférieure car en haut le plan musculaire très épais peut comprendre à la fois petit oblique et transverse.

On essaie de rapprocher les bords de l'anneau par des points séparés au catgut, mais on n'y réussit que dans les deux tiers externes en prenant en masse fibres musculaires et fascia. Dans la partie interne, le fascia se déchire et il reste un orifice large d'un bon travers de doigt que nous comblons à l'aide d'un lambeau triangulaire découpé sur la gaine du droit gauche; ce lambeau basculé autour de sa base, sommet en dehors est fixé sur tout son pourtour : la fermeture de l'orifice herniaire est parfaite. Deux points sur le grand oblique, suture cutanée. Réunion par primam. Le malade se lève le 16 janvier.

Revue vers la fin de Février, il reste guéri. La paroi est partout solide.

L'opération confirme donc le diagnostic porté, il s'agit bien chez notre malade d'une hernie de la ligne semi-lunaire de Spiegel.

OBSERVATION M. R. FOURNIER.

(Strasbourg Médical, 1933).

Il s'agit d'une vieille femme de 58 ans, assez obèse qui était venue nous trouver pour des douleurs du côté latéral droit du bas-ventre.

Dans les antécédents on note que sa mère a succombé à un étranglement herniaire. Elle-même n'a jamais été malade, elle a eu trois accouchements normaux : le premier il y a 35 ans; le deuxième remontant à 28 ans. Cependant elle se souvient qu'au 1^{er} accouchement et lors de la période d'expulsion elle avait ressenti une douleur subite et violente, en sensation de déchirement interne dans la partie latérale droite du bas-ventre qui la faisait encore souffrir pendant un certain temps. Mais tout rentrait dans l'ordre et elle ne se plaignait plus jamais jusqu'à l'âge de la ménopause qui se fit à 51 ans. Depuis ce moment, depuis 7-8 ans, notre malade ressentait périodiquement des douleurs dans le côté droit du bas-ventre très variables d'intensité mais beaucoup plus fortes après une longue journée de travail à la fin de laquelle elle dut toujours s'étendre, la position couchée calmant peu à peu ces tiraillements douloureux.

En 1928, elle avait été examinée à fond par un chirurgien qui n'avait rien pu constater d'anormal au niveau de la paroi abdominale.

Depuis un an, la malade souffre presque continuellement, elle ne peut plus travailler, elle a mal en marchant et surtout en toussant ou en éternuant.

A l'examen, on palpe du côté latéral droit du bas-ventre et à la hauteur de la crête iliaque une tuméfaction profonde, de la taille d'une orange, mobile en bloc, mais paraissant fixée à la paroi et n'ayant apparemment aucun rapport avec les organes génitaux.

Au toucher, on trouve un petit utérus atrophié penchant en arrière et bien mobile, les annexes sont normaux.

Les anneaux inguinal et crural sont libres.

Un transit intestinal ne révèle rien d'anormal.

On pense à l'éventualité d'une tumeur intrapariétale, no-

tamment une hernie de la ligne de Spigel, mais cette tuméfaction semble tellement profonde, l'obésité de la malade et la faiblesse de la paroi s'y ajoutant pour leur part qu'on ne peut exclure avec certitude une tumeur intrapéritonéale à point de départ néanmoins obscur. C'est pour cette raison qu'on intervient par laparotomie médiane.

Après ouverture du péritoine on constate l'absence de tumeur intrapéritonéale. L'inspection des organes montre un petit utérus atrophié et des annexes normaux.

Dans la fosse iliaque droite l'épiploon est fixé à la paroi du bassin et à la paroi latérale de l'abdomen par des adhérences inflammatoires anciennes. En détachant ces adhérences on voit une partie de l'épiploon s'engager dans un orifice herniaire du diamètre d'un pouce environ. On réduit facilement la partie herniaire de l'épiploon grande comme une paume de main, fortement épaissie et infiltrée par l'épiploïde herniaire. On repère ensuite le siège de l'hiatus herniaire qui est situé à 4-5 cm. au-dessus de l'orifice inguinal interne du côté latéral de la paroi et au dehors de la gaine du grand droit, se trouvant nettement sur la ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic. Le sac herniaire se porte en dehors jusqu'à 1 cm. environ de la crête iliaque; son trajet reste profond et passe sous les muscles obliques de l'abdomen.

Il s'agit donc bien dans ce cas d'une hernie paraventrale droite au niveau de la ligne semi-lunaire de Spigel.

Nous avons facilement pu retourner le sac herniaire qui a été ligaturé et réséqué.

Nous nous sommes contentés de la résection du sac pensant que le moignon péritonéal formant bouchon suffirait à obstruer l'orifice aponévrotique mais voulant surtout éviter une deuxième incision latérale pour suturer les plans de la paroi ce qui aurait certainement aggravé le pronostic de l'intervention chez cette malade déjà âgée et peu résistante.

OBSERVATION LOBELLO (Naples).

(La Réforma Médica an L., N° 14, 7 avril 1934).

Une femme de 26 ans a vu apparaître après une grossesse normale et sans aucun antécédent d'effort une petite tuméfaction grosse comme une noisette siégeant à 3 cm. au-dessus de la ligne ombilicale transverse à la hauteur de la ligne pararectale droite; 28 ans après, cette hernie est devenu irréductible et a pris un développement considérable.

Au cours de l'opération après avoir rentrer l'intestin on note que l'orifice herniaire large de 5 cm. siége juste sur la ligne de Spigel, très près du bord externe du muscle droit à droite. Un peu en dehors de cet orifice on trouve également sur la ligne de Spigel un autre orifice. Il faut remarquer qu'aucun nerf ni vaisseau ne passe par ces orifices.

Les résultats opératoires furent très bons.

(Résumé Olivieri, Revue de Chirurgie).

**Cas d'hernies avec subocclusion et sac contenant
le diverticule de Meckel.**

OBSERVATION MASSABUAU, GUIBAL et CABANAC.

Mme C., 50 ans, entre le 15 février 1933 dans le service du Professeur MASSABUAU pour hernie étranglée.

Interrogée, cette malade raconte les faits suivants : depuis longtemps, elle avait remarqué l'existence d'une « grosseur » dans la région justa ombilicale droite du ventre. Cette tumeur augmentait de volume à la toux et se réduisait à la nuit. Le matin, à six heures, la malade étant encore au lit et sans qu'elle ait fait aucun effort, la tumeur est brusquement devenue douloureuse et irréductible.

La malade a vomi dans la matinée. Elle éprouve encore des nausées au moment de l'examen.

Elle entre à 19 heures à l'hôpital.

Examen : Température 38°5, pouls 110. Le faciès est peu altéré. On note en passant l'existence d'une hypertrophie globale du corps thyroïde.

A l'inspection du ventre : la moitié droite de la région ombilicale est surélevée d'une manière diffuse.

Le ventre est surchargé de graisse et empêche toute palpation profonde. On ne perçoit aucune résistance musculaire. La palpation très attentive permet de délimiter vaguement dans la région tuméfiée une masse noyée dans la graisse pariétale, dont la consistance paraît plus ferme que le reste du pannicule. Cette masse est mobile et paraît avoir les dimensions d'une orange. Sa surface paraît régulière.

La contraction des muscles de l'abdomen est sans influence sur la forme, la mobilité de la tumeur.

On ne perçoit en aucun point un pédicule. La palpation est douloureuse.

On porte le diagnostic de « hernie ventrale latérale » étranglée.

Intervention immédiate.

Incision verticale juxta-médiane droite sur la tumeur de 20 centimètres de longueur, les deux tiers de l'incision sont au-dessous de l'horizontale passant par l'ombilic. L'hernie est sous la peau dans la graisse. Le sac est adhérent de toute part à la graisse en avant, à l'aponévrose en arrière. Après clivage qui mène sur un pédicule gros comme un gros orteil on se trouve en présence d'une hernie grosse comme un petit melon. L'orifice est à 4 centimètres de l'ombilic, sur la ligne ombilic-épine iliaque.

Ouverture du sac qui contient :

1° un bloc épiploïque.

2° une anse grêle adhérente par son méso au sac et portant sur son bord mésentérique un diverticule de Meckel noyé dans la graisse du mésentère.

Réséction du diverticule; enfouissement de la base après écrasement, ligature et section au thermocautère.

Réintégration, après libération, d'une adhérence entre deux segments de l'anse (hémostase difficile).

Fermeture en un plan par fils de bronze prenant très largement de part et d'autre de l'orifice, agrafes sur la peau.

Suites opératoires : les trois premiers jours, rien à signaler.

Le dixième jour, on enlève le pansement qui a coulé, il existe un large décollement sous-cutané, les fils de bronze ont coupé les téguments qui se sont rétractés laissant une plaie grande comme la paume de la main qui suppure abondamment.

Cependant, le plan musulo-aponévrotique sous-jacent tient bien, pas d'éventration. On panse aseptiquement jusqu'au seizième jour, à ce moment les fils de bronze sont enlevés.

La température oscille autour de 38°.

Cicatrisation lente, mais progressive sans menace d'éventration.

31 mars : Tableau clinique d'azotémie. Après un traitement adéquat, légère amélioration, mais la famille enlève la malade dans l'après-midi du lendemain.

Cas d'hernie avec sac déshabité.

OBSERVATION MICHEL-BÉCHET.

(Cahiers de Pratique Médico-Chirurgicale, Mars-Avril 1930).

M. L..., 45 ans, nous est adressé par notre confrère Jean GINOUX. Il vient prendre avis parce qu'il se plaint « de l'abdomen depuis déjà plusieurs années » : crises douloureuses périombilicales, surtout après les repas, tantôt sensation de gêne, de pesanteur, auxquelles le malade n'attache pas d'importance, parfois douleurs post-prandiales avec nausées et vomissements. Mais fait important, apparu seulement depuis quelques semaines, lorsque le malade se baisse comme dans l'acte de mettre ses chaussures, fait dans cette position ou qu'il se relève un peu brusquement, il ressent à ce moment très précis, une douleur intense, horrible, sensation d'étranglement, de pincement, située sur le côté gauche du ventre à 4 ou 5 travers de doigt de l'ombilic.

Le malade intelligent, s'est préoccupé de cette sensation et

en répétant plus modérément cette manœuvre, il palpa minutieusement l'abdomen. Il me dit avoir perçu chaque fois, plus ou moins facilement, une tuméfaction appréciable qu'il pouvait faire disparaître à la pression.

L'histoire était assez précise, pour porter le diagnostic de laparocèle à type d'hernie de Spigel.

L'intervention nous permis de constater au-dessous de l'aponévrose du grand oblique intacte, incisée largement, un sac herniaire inhabité. Ce sac ouvert, communiquait avec la cavité abdominale par un orifice taillé dans l'aponévrose du petit oblique à un travers de doigt du bord externe du droit.

Cas d'hernie étranglée avec occlusion.

OBSERVATION Prof. LÉJARS.

(Traité de Chirurgie d'urgence).

Nous avons observé deux hernies étranglées de la ligne de Spigel. La première occupait la paroi latérale gauche du ventre à trois travers de doigt environ au-dessus de l'arcade inguinale. Elle avait le volume du poing et l'étranglement remontant à trois jours, la malade, une femme de soixante-dix ans, était dans un état des plus alarmants. Le faciès, la petitesse du pouls, le refroidissement des extrémités, témoignent d'une stercorémie profonde.

Les accidents fort nets d'étranglement et la présence de cette tumeur tendue, nette, irréductible, légèrement rouge à sa surface, ne laissait aucun doute sur le diagnostic d'hernie latérale étranglée.

Je pratiquai, comme suprême ressource, la kélotomie et une incision verticale, ouvrit, au-dessous d'un feuillet aponevrotique et d'une lamelle musculaire amincie, un sac bosselé dans lequel je trouvai un volumineux paquet d'épiploon adhérent et une longue anse grêle très rouge.

L'anneau très étroit correspondait exactement, sur le bord

externe du droit, à la ligne demi circulaire de Spiegel, il était limité en dedans par un rebord fibreux très dur que je sectionnai au bistouri boutonné. J'attirai alors le pédicule de l'anse qui ne présentait pas d'altération grave après résection de l'épiploon, la réduction fut donc pratiquée suivie de l'excision du sac, d'une suture rapide des lèvres de l'orifice et de la réunion des divers plans de la paroi.

Le malade succomba quelques heures après.

OBSERVATION MASSABUAU, A. GUIBAL et CABANAC.

(Arch. des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier, Mai 1933).

Mme M..., 72 ans, entre le 17 août 1932 dans le service du Professeur MASSABUAU, avec le diagnostic d'occlusion intestinale.

Le début des accidents remonte au 13 août 1932, ce jour-là dans l'après-midi, la malade a été prise de violentes douleurs abdominales dans le flanc droit, dans la nuit elle a vomi.

Douleurs et vomissements ont persisté les jours suivants. Ces derniers sont devenus fécaloïdes la veille de l'entrée à l'hôpital.

Un médecin consulté seulement ce jour ordonne l'hospitalisation d'urgence. L'interrogatoire est très difficile, la malade ne parle que l'espagnol et répond par monosyllabes.

Examen : Malade obèse, faciès peu altéré, état assez bon, la malade gémit de temps en temps.

Arrêt des matières et des gaz depuis 13 août. Pendant l'examen, la malade émet un vomissement fécaloïde de 200 gr.

entre gros, mais non météorisé, indolent à la palpation.

Dans la fosse iliaque droite, et la région paraombilicale droite, on découvre à travers la paroi abdominale très épaisse une tumeur mobile, dure, submatée, grosse comme deux poings, régulière, douloureuse à la pression.

Le toucher rectal et vaginal ne donne aucun renseignement.

Température 38°2, pouls 100. On pense, étant donné le siège de la tumeur et les signes d'occlusion, qu'il s'agit d'une

occlusion par tumeur cœcale. On pratique un lavage d'estomac à l'eau bicarbonatée qui ramène des matières fécales liquides, et une injection intraveineuse de 20 cc. sérum chloruré hypertonique à 20 %.

Intervention d'urgence immédiatement après : Op. D^r GUBAL, aides, HÉRAN et CALAS.

Anesth. rachidienne : syncaïne, solution à 8 % 2 cc.

Incision : Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Les anses grêles sont les unes rattachées, les autres dilatées. En glissant la main sous la paroi abdominale droite, on trouve une anse engagée dans cette paroi et avalée par elle. Autour du canon de fusil ainsi formé, on sent un hiatus qui pénètre dans la paroi.

Extraction facile d'une anse (environ 10 centimètres) repliée en accordéon avec des adhérences séreuses fixant les plis ainsi formés.

Libération de ces adhérences, l'anse reprend sa forme et coloration normales. Réintégration après péritonisation des deux ou trois points lésés par la libération.

Avant de fermer la paroi, le doigt est introduit dans la cavité herniaire pour diriger une incision de la peau et des tissus cellulaires sur l'hernie.

Fermeture de l'incision médiane.

Par l'incision latérale ébauchée, incision de l'aponévrose du grand oblique, le sac péritonéal vide fait aussitôt hernie.

Résection de ce sac après ligature. Suture pariétale en un plan au fils de bronze.

En résumé, il s'agissait d'une hernie ventrale latérale étranglée : l'orifice herniaire est ouvert en dehors du grand droit à la hauteur de la ligne biépineuse iliaque, son diamètre est celui d'une pièce de cinq francs. La cavité herniaire était entièrement tapissée par un diverticule péritonéal dilaté en sac.

Suites opératoires : Après une détente des phénomènes d'occlusion, la malade se remet à vomir (vomissements bilieux puis fécaloïdes) pas de selles, ni de gaz malgré péristaltine, lavements hypertoniques, ni sérum hypertonique intraveineux.

Azotémie 1 gramme 35 par litre.

La température s'élève et dépasse 40 degrés le 3^e jour. La malade meurt le 19 août dans la soirée.

Après l'intervention, on apprend, par un interrogatoire de la famille que la malade présentait depuis de nombreuses années une hernie ventrale qu'elle maintenait réduite par une pelote.

Ce renseignement capital, s'il avait été connu ainsi que la constatation d'un état général relativement conservé, aurait permis en l'absence de symptômes néoplasiques, de faire le diagnostic.

CONCLUSIONS

1° La hernie ventrale latérale spontanée est une affection rare, il n'est cependant pas sans intérêt de rappeler son existence. C'est en pensant à la recherche qu'on découvrira parfois la cause d'une occlusion du grêle, d'étiologie obscure et qu'on évitera ainsi des fausses manœuvres opératoires.

2° L'apparition de ces hernies paraît liée presque toujours à la préexistence d'un orifice pariétal anormal parfois dû au passage d'une branche de l'épigastrique, la cause déterminante étant comme toujours, la conséquence d'un effort abdominal.

3° Le traitement de ces hernies est généralement facile en l'absence d'étranglement, mais il faut prévoir dans les cas anciens, la possibilité d'adhérences intestinales serrées et comme nous le rapportons dans notre observation, la nécessité il est vrai exceptionnelle d'une résection.

4° En présence d'un syndrome d'occlusion du grêle, il faudra savoir ajouter à l'exploration clas-

sique de tous les orifices herniaires, celles de la zone faible paramédiane de la ligne de Spigel où l'on découvrira parfois la tumeur superficielle de la hernie latérale ventrale.

Vu : Le Président de la Thèse,

A. GOSSET

Vu : Le Doyen,

G. ROUSSY.

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- DE BLEGNY. — Zodiacus medico gallicus, Geneva, 1680.
- DYONIS. — Cours d'opérations, Paris, 1708.
- LITTRÉ. — Sur une hernie rare. Histoire de l'Académie royale de Sciences, 1714 .
- PETIT (Jean-Louis). — Traité des maladies chirurgicales, t. II.
- LE DRAN (H. F.). — Observations de chirurgie, Paris, 1731.
- Traité des opérations de chirurgie. Bruxelles 745, p. 92-96.
- HEISTER (L.). — Diss. 53. 55, 1738. *Halleri disput. chir. selecta*, t. III.
- Institutiones chirurgicales. Amsterdam 1747, t. II, p. 747-750.
- LA CHAUSSE. — Dissert. chirur. de hernia ventrali, 1746, t. III. *Halleri disput. chir. selec.*
- KLINKOCH. — Programa quo divisionem herniarum novamque herniae ventralis speciem proponit. *Thesamt. disert.* Sandifort, 1764, vol. II.
- BUN. — Sur un cystocèle simple iliaque ventral. *Journal de médecine*, Roux, 1764.
- RICHTER. — Abhand von den Brüchen. Gottingen, 1779.
- RICHERAND (Anthelme). — Nosographie chirurgicale, Paris, an XIII, 1805).
- COOPER (Astley). — The anatomy and surgical treatment of crural and umbilical hernia, London, 1807.
- SOMMERING. — Über Ursache, Erkenntnis und Behandlung der Bauchbrüche. Frankfurt, 1811.
- CRUVEILHIER. — Essai sur l'anatomie pathologique en général, Paris, 1816.
- BARON-BOYER. — Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent. Paris 1822, t. VIII.
- AUSSAUDON. — Observations de chirurgie clinique. *Th. de Paris*, 1834.

- VENTUROLI. — Novi cons. Acad. scint. Inst. Bonomenses, t. IV, 1840.
- GAY. — *Prov. med. and surg. journal*, 1843, p. 147.
- THEALE, Leads 1842 unterleibsbrüche, traduit par HOLDER, Stuttgart, 1848, p. 227.
- VAN HENGEL. — Hernie inguinale étranglée prise pour une pleurésie. *Gazette des hôpitaux*, 1848, p. 501, N° 125.
- HENRY. — *The Lancet*, 1851, t. II, p. 153.
- MARC SEE. — *Bull. de la Soc. anat.*, 1852.
- WEBER. — *Med. Jahr Büher f. Nassan*, 1851, p. 468.
- BASSET. — *Bull. de la Soc. anat.*, 1852.
- GOSSELIN. — Leçons sur les hernies, 1865.
- TROPINARD. — Epiplocèle irréductible chez un cryptorchide. *Gazette des Hôpitaux*, 1866.
- KIRCHBERGER. — Ein Fall von Hertz formiger Leber, mit ihrem rechten Runde eingebetter Niere, invereim mit einer seltene Art von Hernia epigastrica latéralis. *Wien. med. Woch.*, 1867, p. 996.
- KLEBS. — Handbuch der pathol. Anatomie, 1869, t. I.
- ST. MARYS HOSPITAL. — Ventral hernia with symptoms of strangulation. *Med. press.*, 25 oct. 1869.
- UHDE (C. W. F.). — Beitrag zur Würdigung der opération der Hernia umbélicalis, der Hernia lineae albae, der Hernia semilunaris, und der Hernia ventralis. *Archiv. f. Kl. chir.*, t. XI, Berlin, 1869, p. 285-319.
- BOON. — Hernie abdominale, étranglement interne. *Annales de la soc. méd. d'Anvers*. Déc. 1869.
- SCHEDE (Max). — Zur trage von des radical opération der Unterleibsbrüche. *Zentralblatt fur chirurgie*, 1877, p. 692.
- MOLLIÈRE (Daniel). — Soc. de chir. de Paris, 1877 et hernie de la ligne de Spigel. Congrès des sciences méd. Genève, 1877, p. 369.
- TERRIER. — *Bull. de la soc. de chir. Paris*, 1878, p. 361.
- REGNIER. — Essai sur les hernies ventrales. *Th. de Paris*, 1879.
- MAKROCKI (Fritz). — Beitrag zur pathologie des Bauchdeckenbrüche mit einschluss des sogenannten Lumbalhernien. *Diss. in Strassbourg*, 1878.

- GOSSELIN. — Les Hernies abdominales Paris 1879 et *Gaz. méd. de Paris*, 1881, p. 123.
- FERRAND. — Contribution à l'étude des hernies latérales de l'abdomen. *Th. de Paris*, 1881.
- SCHMIDT (Benne). — Die Unterleibsbrüche, Handbuch der allgemeine und specialler chir. v; Pitha Billroth, t. III, p. 315-321. Enke Stuttgart, 1882.
- KUENAR. — Eine seltene Art. von eingeklemelter Hernie. *Wien med. Blätter*, 1882, n° 42.
- JORDAN. — *Birmingham med. review*, fev. 1883, p. 74.
- ROBSON. — *Brit. med. journ.* 1887. vol. II, p. 1324.
- MICHAEL. — Hernie ventrale opérée. *Journ of americ med. assoc.*, 1887.
- BLACKWOOD. — *Prov. med. journal.*, Mars 1889.
- FLOTHMANN. — Demonstration eines in des Bauchwand proformirten Bruchsackes, welcher zur Brucheinklemmung führte. Congrès des naturalistes et médecins allemands. *Heldelberg*, 1889. *Centralblatt für chirurgie*, 1889, p. 930.
- NEVE. — Deux cas de hernies ventrales, *Brit. Med. journal*, 1889.
- WEISS. — Hernie ventrale. *Journal of surg*, 1889.
- MACREADY. — On the rarer formes of ventral hernia. *Lancet*, 1890, vol. II, p. 96 et 1025.
- VULPINS (O.). — Die radicalopération des Hernien der vorderen Bauch. Wand. Brüns. *Beitr. z. kl. Chirur.* t. VII, 1891, p. 91-134.
- BROSIKE. — Intra-abdominale (retroperitonéale). *Hernien und Bauchfelltaschen*, Berlin, 1891.
- BROCA. — Cure radicale d'un laparocèle. *Gaz. Hebd. de med. et de Chir.*, 1891, p. 428.
- PETIT. — *Gazette des hôpitaux de Toulouse*, 1892.
- PITSCHKE (H.). — Radicalopération eines Bauchbrücke *Centralbl. f. chir.*, 1892, p. 186-189.
- WYSS (Oscar). — Ueber hernia ventralis lat. congenita und ihre beziehungen zur Hernia lumbalis. *Beiträge zur K. Chirurgie Testschrift für Billroth* (d'après von Baratz) Stuttgart-Enke, 1892.
- LINDNER. — Bauchdeckenbrüche. *Berlines Klin.*, 1892.

- GIORDANO (Davide). — Contributo allo studio et eura del lapa-rocele. *Reforma medica*, 1893, n° 33 fevrajo.
- SCHOOFs. — Un cas d'hernie ventrale du testarle. *Arch. med. Belges*, Bruxelles, 1895.
- GRANGE. — Les hernies rares de l'abdomen. *Thèse de Lyon*, 1895.
- LE DOUBLE. — Traité des variations du système musculaire de l'homme, t. I, p. 319, Paris 1897.
- MAYDL. — Lehre von den Unterleibsbrücken, Wien 1898.
- ALBERT. — Lehrb. d. chirurgie opérations, lehrre, 2^e édition, t. III, p. 160.
- DE QUERVAIN. — *Arch. f. Klin. chir.*, t. LXV, p. 156, 1902.
- BORCHARDT. — Lumbal hernien, etc., *Berlin Klin. Wochenschr.*, 1901, t. XXXVIII.
- BLANEL. — Zur Aetiologie der seithl. Bauchbrüche. *Bruns Bei-träge, tz. Klin. chirurg.*, 1907, t. LIV, p. 229-237.
- SULTAN. — Atl. und Grundniss des Unterleibsbrüche Mun-chen, 1901.
- WIESINGER (V.-A.). — Ueber acute Darm Wandbruche der linea alba und de vorderen Beruch Wand mit ausgang in gangran *Deutschezeitsch. f. chir.*, t. LXVII, 1902, p. 83-91.
- STERNBERG. — Falg. v. eingekl seithl. Bauchhernie. *Wien klin. W.* 1901.
- ROMAN VON BARACZ. — Ueber die Lumbalhernien und seitliche Bauchhernien (Laparocelen) *Arch. f. Kl. chir.* t. LVIII, p. 631-657.
- KÖNIG. — Hernie des Bauhwand an ingevënlichen stelle. *Münch. med. W.* 1904, livraison 3, p. 134.
- BRENNANI. — *Rev. méd. Montréal*, 1900.
- THEVENOT et GABOURD. — Les hernies spontanées du repli semilunaire de Spigel. *Revue de Chirurgie*, t. XXXV, 1907, p. 568-585.
- LÉVY (Richard). — Ueber kongenitale Bauchmuskulndefekte und Hernien ventralis incarcerata. *Bruns. beitrags. zur Kl. chr.* T. LVII, 1908, p. 201210.
- JABOULAY et PATEL. — Hernies. Nouveau traité de chirurgie de le Dentu et Delbet, t. XXV. Paris Bailliére, 1908, p. 352-355.

- COLEY. — Interparietal ventral hernia et Mc. Burney's Point.
Ann. of. surg. Philad., 1909.
- TESTUT et JAOB. — Traité d'anatomie topographique avec applications medico chirurgicales Paris. Doin, 2^e édit. 1909, t. II, p. 33.
- STÜHMER (Alfred). — Ueber die hernien des Bauchwand seitlich der mittel linie und besonderer Berücksichtigung der hernien des linea semilunaris (Spiegelii) *Bruns Beitr. z Kl. chir.*, t. LXVL, 1910, p. 113-135.
- VON STEINKER. — Zwei seltene hernien (Hernia supravesicalis externa und Hernia ventralis lateralis) *Bruns. Beitrag. z. Kl. chir.*, t. LXXXII, 1913, p. 617-650.
- LÉJARS. — Traité de chirurgie d'urgence, 8^e édition, Masson Paris, 1921, p. 761-764.
- AUGÉ et SIMON. — Contribution à l'étude des hernies de la ligne semi-lunaire de Spigel. *Rev. de Chirurgie*, Paris, 1921.
- BULL (C.). — A case of hernia lineae semilunaris Spigelii incarcerata Vorsk Mag. f. Laegevi. dansk Kristiana, 1923, LXXXIV, 802-805.
- MATHEWS (F.-S.). — Hernia through conjoined tendon or hernia of linea semi-lunaris. *Ann. surg.* 78, 300-304, Août 1923.
- NYSTROIN (G.). Two cases of hernia linea Spigelii. *Acta chir Scandin.* Stockholm, 1923-4, LVI.
- THORET. — Zur Kasuistik der Hernia semilunaris. *Deutsche Ztschr. f. Chir.* Leipz, 1923, CLXXXI.
- APFELTHALTER (U.). — Case of ventral hernia (Spigelii). *Zentralbl. f. Chir.* 51 : 1681-1683, 1924.
- DRESCHER (A.). — Hernia on semi-lunar line. *Zentralbl. f. Chir.*, 51, 1400-1402, 1924.
- KOLJUBAKIN (S.-L.). — Herniae lineae Spigelii, *Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin, 1925, CXXVL, 739-62.
- GOYENA. — Hernie de la ligne de Spigel Pericolite adhésive. *La semena medica*, 1926.
- MICHEL-BÉCHET (R.). — Note à propos d'un cas d'hernie ventrale de Spieg. *Cahiers de Prat. Méd. Chir.*, Mars-Avril 1930.

- POZZI (Y.). — L'ernia della linea semi lunare di Spigelio. *Boll. d. spec. med. chir.* 5, 267-291, 1931.
- RODEN (S.). — Cases of spigelian hernia. *Hygiea*, 92, 861, Nov. 30, 1930.
- BRANDTNER (C.-E.). — Uber einen fall von traumatischer Bauchdeckenhernie in der linea Spigelii. *Arch. arthop. u. Unfall. Chir.*, 32, 219-221, 1933.
- COSTA (G.). — L'ernia spontanea della linea semi lunare di Spigelio. *Arch. Ital. di Chir.*, 34, 705-746, 1933.
- FOURNIER (R.). — Hernie de la ligne de Spiegel. *Soc. de Gynécologie et d'Obstétrique de Strasbourg*, Séance du 6-5-33, Strasbourg Médical, N° 32, 1933.
- Hernie de la ligne de Spiegel. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéco.*, 22, 695-697, 1933.
- MASSABUAU, GUIBAL (A.) et CABANAC. — Deux cas d'hernies ventrales latérales spontanées étranglées (hernies dites de la ligne de Spiegel). Présence du diverticule de Meckel dans une de ces hernies. *Arch. Soc. d. Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, 14, 340-350, 1933.
- GIRARDOT et MICHEL-BÉCHET (R.). — L'hernie de Spiegel. *Cahiers de Pratique Médico-Chirurgicale*, N° 3, Mai-Juin 1934.
- GOBELLO. — Contribution à l'étude de l'hernie spontanée de la ligne de Spiegel. *La Riforma Med.*, N° 14, 7 avril 1934, in : *Journ. de Chirurgie*, N° 5, 1934.
- GOEBEL. — Hernie de la ligne de Spiegel, *Zentralblatt für Chir. an.* 62, 1935.
- SEOPINARO (A.). — Hernia de la linea semi lunare de Spiegel en un recién nacido. *Semana Med.* 1, 284-289, 24 janvier 1935.
- GROUSSE (R.) et DE WITTE (J.). — Un cas d'hernie de la ligne de Spiegel chez l'homme. *Annales de l'Institut Chir. de Bruxelles*, 15 janvier 1936.
- ODES. — Hernies de la ligne de Spiegel. *Vestnik Chirurgii Imeni Grekova (Leningrad) Rev. chir.* vol., 44, n° 121, 1936.

PAPIN (F.). — Hernie étranglée de la ligne semi-lunaire de Spiegel. *Soc. de Chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, Séance du 22 janvier 1936. *Journal de Méd. de Bordeaux*, Mars 1936.

PAPIN Félix. — Hernie étranglée de la ligne semi-lunaire de Spiegel, *Sciences Méd. de Bordeaux*, 14, 214-215, 5 avril 1936.

— Hernie étranglée de la ligne semi-lunaire de Spiegel. *Bordeaux Chir.*, 7, 203-204, Avril 1936.

